

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PHAN-DINH-SAN

Né le 30 janvier 1905, à Phu-Luong (Indochine française)

DES

CANCERS DE LA VERGE

A

ÉVOLUTION RAPIDE

Président : M. ROUSSY, Professeur

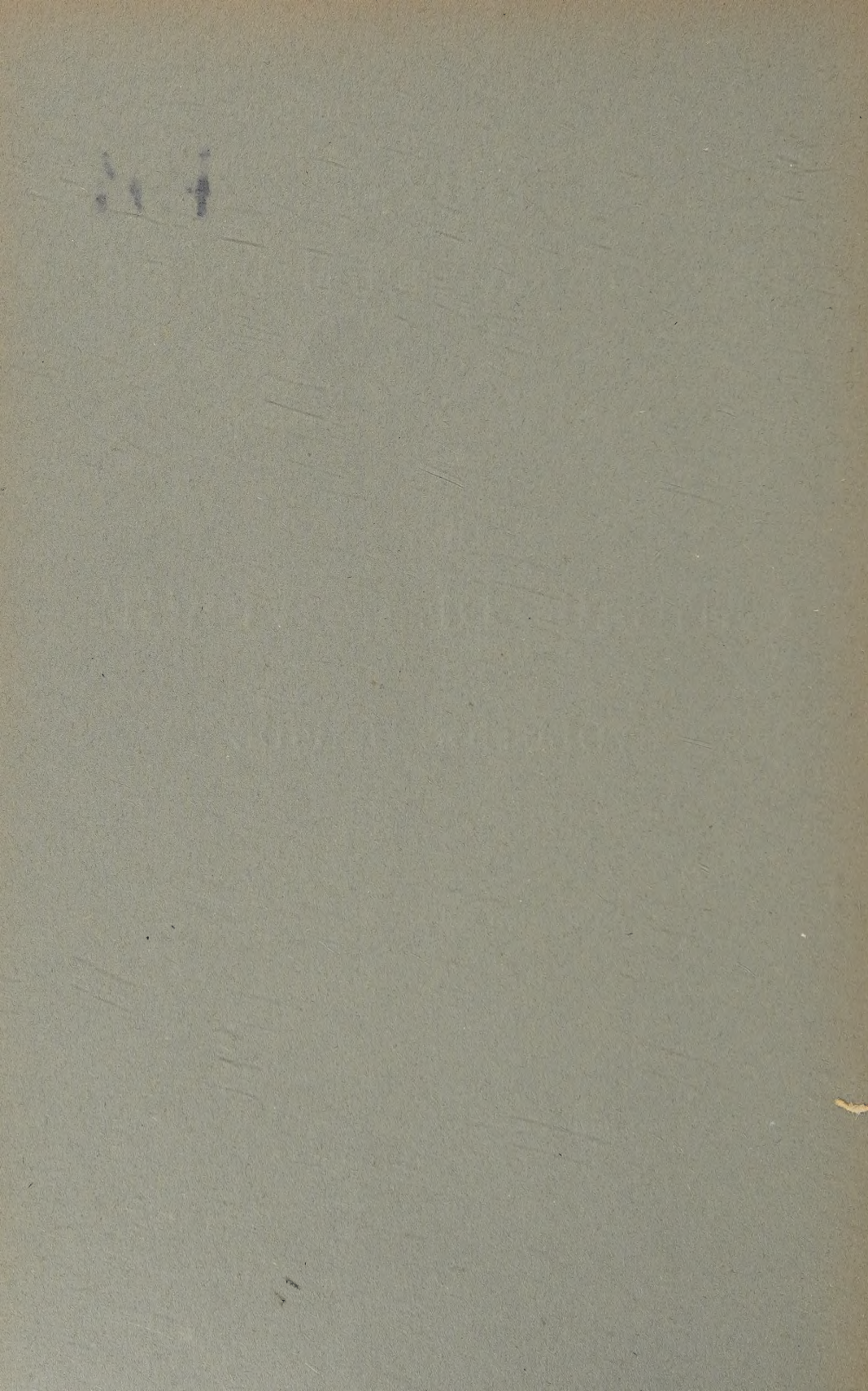
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PHAN-DINH-SAN

Né le 30 janvier 1905, à Phu-Luong (Indochine française)

DES

CANCERS DE LA VERGE

A

ÉVOLUTION RAPIDE

Président : M. ROUSSY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale		
ÉCALLE			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

ET

A TOUS LES ÊTRES CHERS QUE J'AI LAISSÉS
EN INDOCHINE

En témoignage de profonde tendresse.

A M. LE DOYEN ROUSSY

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Directeur de l'Institut du Cancer de Villejuif
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de profond respect.*

A M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur.

*Hommage de notre gratitude pour la
bienveillance qu'il n'a cessé de témoigner à
notre égard.*

A M. LE DOCTEUR LE ROY DES BARRES

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Directeur du Centre anti-cancéreux
de l'Indochine à Hanoï
Officier de la Légion d'honneur

*En hommage reconnaissant de l'intérêt
qu'il a porté à ce travail.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES CANCERS DE LA VERGE

A ÉVOLUTION RAPIDE

Introduction.

Au cours de nos stages à l'hôpital de Hanoï, il nous a été permis d'observer de nombreux cas de cancer de la verge, avec contrôle histologique. Il s'agit le plus souvent d'épithéliomas spino-cellulaires. Quelques-uns sont baso-cellulaires. En général, ces cancers ont une évolution lente. En outre l'état général du malade reste bon à une phase avancée de la maladie. Il en est pourtant qui prennent une allure rapide, franchement aiguë. L'évolution se fait alors en moins de deux ans, parfois en quelques mois. L'état général du malade est souvent très mauvais dès son entrée à l'hôpital. La mort survient soit par cachexie cancéreuse, soit par une affection intercurrente.

Frappé par cette anomalie chez une affection longtemps réputée comme un bon cancer, nous avons tâché de dégager quelques raisons de cette malignité. Néanmoins, nous ne faisons pas, dans cette courte étude, une démarcation nette entre le cancer de la verge à marche lente et le cancer de la verge à évolution rapide qui sont tous les deux des mêmes types

histologiques. Aussi nous appuyant sur la description magistrale de Lenormant « sur le cancer de la verge » parue dans la *Presse Médicale* du 5 mai 1934, nous faisons précéder notre travail sur le cancer de la verge à évolution rapide d'une note sur le cancer de la verge en général. Nous n'avons nullement la prétention d'apporter des idées neuves ou originales sur la question. La prétendue bénignité du cancer de la verge n'est pas un dogme absolu accepté par tous les cancérologues. Lenormant en particulier insiste qu'à mesure que sa fréquence est plus grande, le cancer de la verge frappe des sujets plus jeunes et évolue plus rapidement.

Nous nous efforçons surtout de faire une synthèse des idées actuelles sur le cancer de la verge. Notre ambition est de présenter un travail clair avec des observations à l'appui que nous avons tâché de rendre aussi complètes que possible.

Notes sur le cancer de la verge en général.

Le cancer de la verge est une affection relativement fréquente au Tonkin. Pendant l'année scolaire de 1933-1934, sur un total de 229 malades cancéreux hospitalisés à la salle Henri-Rivière de l'hôpital de Hanoï, nous avons compté 48 cancers de la verge, soit la proportion assez forte de 20 %. De 1925 à 1934, soit pendant neuf ans, nous avons relevé dans les archives du centre anti-cancéreux de l'Indochine à Hanoï, sur un nombre global de 1.462 cancers, 392 cancers de la verge, soit la proportion de 18 % de cancers de la verge. Cette légère différence entre les deux statistiques s'explique par le manque d'habitude de nos malades des campagnes qui, au début de l'Assistance Médicale française en Indochine, préféraient encore se faire soigner par des médecins de la vieille médecine sino-annamite. Néanmoins, la dernière statistique apparaît déjà un peu forte quand on la compare à celles publiées en France où cette affection est plus rare. Ici, les chiffres disent qu'elle représente 3 % sur l'ensemble des cancers. La raison de cette faiblesse est facilement explicable. En effet, la plupart des cancers de la verge survient chez

les anciens porteurs de phimosis congénital. Beaucoup de nos patients, faute d'une éducation populaire convenable quant au danger de cette infirmité souvent indolore, ne se sont jamais fait opérer. Il n'en est pas de même pour les malades métropolitains. Les parents, ici, sont les premiers à demander l'intervention pour leurs enfants, d'où la relative rareté des cancers de la verge en France. En Extrême-Orient, le cancer de la verge est plus commun qu'en Europe. En Cochinchine, Bablet et Lalung Bonnaire relèvent 10 % de cancers de la verge sur l'ensemble des cancers histologiquement contrôlables. Au Tonkin, il y a quelques années, la statistique personnelle de Le Roy des Barres enregistrerait 17 %. Aux Indes, les chirurgiens anglais ont observé la même fréquence. Il en est de même pour l'Amérique du Sud puisque Davalos à Assomption (Paraguay) a pu rassembler 20 cas en trois ans.

A mesure que sa fréquence est plus grande, le cancer de la verge frappe des sujets plus jeunes. Sur 10 malades observés par Mascunan, 5 n'avaient pas 40 ans. En Chine, dans la province de Canton, Hueck Otto relève 3 cas entre 20 à 40 ans pour 4 entre 40 et 60 ans.

Le cancer de la verge est un épithélioma qui naît sur la face externe du prépuce ou du fourreau de la verge, sur la muqueuse du gland, du sillon balano-préputial ou de la face interne du prépuce. C'est donc toujours un épithélioma malpighien. Il peut être spino-cellulaire, baso-cellulaire ou mixte.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE.

La distinction doit donc en être faite avec le cancer de l'urèthre qui a une symptomatologie essentiellement urinaire (urétrorragie, troubles de la miction). Nous citerons aussi pour mémoire les cancers conjonctifs du pénis : sarcome, myosarcome (Meller, Kreblig), endothéliome, et mélanome (Noordenbos). Ce sont là des variétés exceptionnelles, d'intérêt purement anatomo-pathologique.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

La cause véritable du cancer de la verge nous échappe comme celle de tous les cancers en général. Pourtant, dans son étiologie, quelques points méritent de retenir notre attention. C'est d'abord le rôle favorisant du phimosis congénital. Barnay relève 85 % des cas, Mascunan 8 fois sur 10. Les chirurgiens de l'Europe Centrale affirment qu'ils n'ont jamais observé de cancer de la verge chez les Israélites. Les statistiques de l'Inde anglaise sont démonstratives à cet égard. Alors que chez les Indous non circonsaits, la localisation à la verge représente 10 % des cancers, cette affection est totalement inconnue chez les Musulmans. Nous même avons maintes fois observé l'action favorisante du phimosis chez nos malades Indochinois, soit que ce phimosis persistait encore au moment de l'examen du malade, soit plus souvent d'après l'anamnèse quand les mutilations étaient

déjà trop avancées. Le phimosis favorise l'absence d'hygiène génitale, la malpropreté ; et l'amas de smegma, de matières toxiques provenant de la putréfaction de l'urine sont autant de causes d'irritations locales lentes, longues et continues.

Lé phimosis n'est pas la seule cause favorisante. Il faut noter toutes les altérations de la muqueuse qui restent longtemps bénignes mais qui, à un moment donné, par un déterminisme encore inconnu, se transforment en cancer. Faute d'un vocabulaire précis, on les appelle du terme générique « d'états précancéreux ».

Les « végétations », les « crêtes de coq » restent souvent indéfiniment bénignes. Pourtant Oraison, Darier, Lenormant ont décrit ces végétations d'un rouge brillant, d'aspect velouté, qui sont déjà histologiquement de l'épithélioma papillaire.

Leredde, Le Dentu, Perrin ont insisté sur les leucoplasies sur cette muqueuse malpighienne qui sont autant de « cancers en puissance ».

Plus rare est « la maladie de Paget du gland ». Susma a pu réunir 7 cas. Yashida et Funabaski ont publié une observation fort démonstrative d'un individu auquel on a fait une excision limitée d'une lésion du gland dans laquelle on a trouvé des cellules de Paget et qui est revenu quatre ans après porteur d'un cancer de la verge. L'amputation a été nécessaire. Chez quelques-uns de nos malades non porteurs d'un phimosis congénital, nous notons souvent l'histoire d'une végétation banale qui a duré des

années sans accident et qui, subitement, sans cause, prolifère, ronge le gland, la verge, nécessitant une amputation. A l'examen histologique, il s'agit bel et bien d'un épithélioma. Même chez les vieux porteurs de phimosis congénital, l'évolution de la maladie parfois fort longue permet de présumer que dans plus d'un cas, une lésion précancéreuse a précédé l'éclosion du cancer.

La cicatrice peut aussi être l'origine d'un cancer de la verge. Fœderl cite un cas de cicatrice d'une déchirure du frein et Lenormant celui d'un chancre.

Le cancer conjugal est encore discuté malgré les observations de Demarquay, de Clenson, de Girou, et de Giordano.

Enfin, dans une de nos observations, nous avons relevé l'histoire d'un traumatisme antérieur et chez beaucoup de nos malades, nous notons l'application intempestive de topiques plus ou moins irritants sans pourtant pouvoir déterminer dans quelle mesure ils aggravent un cancer déjà existant ou déclanchent un processus cancéreux sur une lésion jusque-là bénigne.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Le diagnostic du cancer de la verge ne présente de difficulté qu'à la période initiale. Il est capital de faire un diagnostic précoce, car, l'intervention à ce moment permet la plus grande chance de guérison sinon d'une longue survie.

La fréquence de la localisation est la suivante d'après Ricaud : gland, sillon balano-préputial, prépuce, puis fourreau. Nous avons observé la même fréquence sur nos malades Indochinois. Quand le cancer de la verge se développe sur d'anciennes lésions bénignes, il peut apparaître simultanément en différents points.

A ce stade initial, il y a lieu de distinguer « les cancers que l'on voit et les cancers que l'on ne voit pas, Lenormant ». Ces derniers sont marqués par un phimosis. Les premiers peuvent être confondus avec un cancroïde cutané. Les seconds, quand le prépuce encore souple en permet la découverte, prennent l'aspect des végétations banales, d'un chancre, d'une plaque leucoplasique. Mais le cancer, même au début, offre déjà ces deux signes capitaux : l'induration de la végétation et le saignement au moindre contact. Il est inutile et même dangereux de recourir aux traitements dits « d'épreuve ». En cas de doute, il faut recourir immédiatement à la biopsie (Lenormant).

Le diagnostic est plus difficile en cas de phimosis congénital irréductible. On songe alors à la balano-posthite, d'autant plus qu'il sort toujours par l'orifice préputial du pus dans le cancer. Dans ce cas, il faut tenir compte de l'induration du prépuce et de la lésion sous-jacente et du sang qui peut être mêlé au pus. Même chez un diabétique, il faut se méfier d'un phimosis qui devient irréductible chez un sujet entre 40 et 60 ans (Lenormant).

A un stade avancé, le diagnostic du cancer de la verge devient évident. Il suffit d'avoir vu une fois, dit Lenormant, ces tumeurs bourgeonnantes et saignantes dont les végétations exubérantes recouvrent le gland, débordent le prépuce et forment une masse souvent considérable ou les formes ulcéreuses et mutilantes qui rongent et détruisent le gland, envahissent et perforent le prépuce, s'étendent au fourreau et aux corps caverneux pour « avoir le diagnostic dans l'œil ». Le cancer de la verge présente quelques troubles fonctionnels : quelques douleurs dues plutôt à l'inflammation surajoutée qu'au cancer lui-même, une déviation du jet urinaire sans troubles de la miction.

Notons aussi que le cancer de la verge est un cancer infecté et qu'il fait souvent des métastases aux ganglions régionaux. Les ganglions du pli de l'aîne sont souvent atteints, surtout ceux du groupe supéro-interne. Puis viennent les ganglions rétro-cruraux (Keuna, Lenormant, Le Roy des Barres). La chaîne iliaque externe peut être elle-même atteinte comme le montrent des observations de Kuttner, de Lennander, de Barnay. Maujanz affirme que la fréquence de l'atteinte des ganglions régionaux est de 80 %. La statistique de l'Institut du Radium de Paris rapportée par Monod à la Société de Chirurgie de Paris donne 14 atteintes ganglionnaires sur 19 cas. Lenormant a constaté dans tous ses cas 10 fois l'atteinte bilatérale des ganglions et 2 fois l'atteinte d'un seul côté. A la palpation, on sent souvent des ganglions

modérément augmentés de volume fermes ou durs, indolents, sans périadénite. Parfois les ganglions ont nettement le caractère inflammatoire. La question est de savoir si les derniers sont en même temps cancéreux. Degorce admet la cancérisation des ganglions dans 4 % des cas. R. Monod a toujours trouvé des ganglions indemnes. Lavau trouve 2 fois la cancérisation des ganglions sur 21 cas examinés par lui. Manjanz estime qu'il existe 40 à 50 % des cas. Le Roy des Barres, sur 74 cas traités par le curage ganglionnaire des aines, a trouvé 38 fois des lésions épithéliomateuses. L'envahissement est parfois précoce puisque 10 fois le cancer initial ne date pas de six mois. L'atteinte est presque toujours bilatérale (30 fois sur 38 cas). Aussi Lenormant conseille de faire le traitement ganglionnaire précoce aux deux côtés.

TRAITEMENT.

Le traitement du cancer de la verge peut être pris comme le type du traitement de tous les cancers, car il varie à mesure que la médecine évolue sous l'impulsion de nouvelles découvertes en particulier de celle du radium par M. et M^{me} Curie. Jusqu'en 1892, il reste uniquement chirurgical. Au xvii^e siècle, Scultet faisait déjà l'amputation de la verge. Cette méthode fut préconisée au siècle suivant par Le Dran et par Hey. Elle fut complétée plus tard par l'ablation des ganglions de l'aine. Thiersch et Pearce Gould ajoutèrent l'ablation des corps caverneux en

totalité avec uréthrostomie périnéale. Cette pratique est encore récemment adoptée par Davalos. Armandale fit l'opération maxima : émasculation totale, amputation de la verge, curage des aines, sacrifice des cordons, des testicules et du scrotum. Chalot introduisit cette méthode en France en 1892.

Ricaud, dans sa thèse de 1927, conclut à l'échec de la radiothérapie après les premières tentatives. Le traitement restait donc encore à la chirurgie jusqu'à l'avènement de la curiéthérapie. Déjà, en 1924, Mauclaire avait fait un rapport sur deux cas de Ferrari et Viallet traités par le radium. En 1930, Ferry ayant obtenu une survie de 4 ans 1/2 chez un de ses malades traités par le radium, Robert Monod, en prenant acte, a fait une communication très documentée sur la question.

A l'heure actuelle, les avis sont encore partagés sur l'emploi de la chirurgie et du radium et de leur département respectif. Lavau reste fidèle à la chirurgie. Gernez utilise le radium pour le cancer initial et pour les ganglions et recourt à l'électro-coagulation quand la tumeur est radio-résistante. D'autres sont éclectiques. Degrais conseille de détruire la tumeur initiale par le radium et d'extirper ensuite les ganglions au bistouri. Quelques malades de l'Institut du Radium de Paris sont traités par cette méthode. Mascunan préconise le contraire : il ampute la verge et fait la curiéthérapie sur les ganglions.

Voici une petite comparaison entre la chirurgie et le radium : au congrès international de 1908, Kuttner

et Legueu, réunissant un grand nombre d'observations, estimaient à 30 % la proportion des survies de 4 ans et plus, après exérèse chirurgicale du cancer de la verge ; la statistique de l'Institut du Radium de Paris pour les années de 1922 à 1928, rapportée par R. Monod à la Société de Chirurgie, porte sur 16 malades suivis, avec 5 échecs, 1 amélioration et 9 guérisons se maintenant depuis 11 à 3 ans, soit 60 % de succès. L'expérience du radium est encore trop récente pour qu'on puisse la juger uniquement sur une statistique.

Néanmoins, en matière de thérapeutique, certains faits semblent être définitivement acquis aujourd'hui.

Kuttner, Legueu, Lecène sont unanimes à condamner l'émasculatation totale qui est parfaitement inutile, le cancer de la verge ne récidivant jamais ni au niveau des bourses, ni sur les glandes génitales.

Lenormant conseille de laisser entre l'amputation de la verge et le curage des ganglions inguinaux et rétro-cruraux, un laps de temps de six semaines environ. On évite ainsi chez ces malades souvent vieux un choc opératoire important. De plus, comme le cancer de la verge est un cancer infecté, l'opération risquerait de provoquer une suppuration de la plaie opératoire (Lenormant, Stranch, Ricaud, Robert Monod, Le Roy des Barres).

Il y a lieu d'associer la curiethérapie à l'acte opératoire. Dean affirme avoir obtenu par cette méthode 90 % de succès.

Même pour les cancers avancés de la verge, il vaut mieux faire une amputation large plutôt que de faire immédiatement de la curiethérapie. Le Roy des Barres, Gernez ont observé des sténoses de l'urèthre après exposition au radium.

Pour les ganglions, Lenormant préfère retarder leur ablation de quelques semaines après amputation de la verge. Proust, pour éviter ce temps complémentaire, fait immédiatement de la curiethérapie à l'aide d'appareils moulés spéciaux.

Les formes à évolution rapide.

Il ressort, d'après les notes que nous avons résumées sur le cancer de la verge en général, qu'il peut être classé parmi ceux qu'on a l'habitude d'appeler « les bons cancers ». La durée d'évolution fixée à trois ans par Ducuing, à cinq ans par Le Roy des Barres, n'indique que des chiffres moyens.

Tous les auteurs ont signalé cependant « des cas malins », très rares d'ailleurs, où l'évolution se fait en moins de deux ans, parfois en quelques mois.

Il convient d'insister sur la difficulté de préciser, dans nombre de cas, la date de début de l'affection, à cause de l'existence, chez de très nombreux sujets, d'un phimosis congénital.

Mais, en admettant que dans ces cas, le cancer a évolué longtemps d'une façon bénigne, à un certain moment de son évolution, il prend subitement une marche aiguë.

Les observations que nous avons pu recueillir, tant à l'hôpital de Hanoï qu'au Centre anti-cancéreux de l'Indochine à Hanoï, observations cliniques avec contrôle histo-pathologique, nous ont montré que sur 392 cas observés depuis 1927 jusqu'en juillet 1934,

14 ont une marche rapide, en moins de deux ans, parfois en quelques mois. Tous sont terminés par le décès du patient ou par une cachexie telle que nous prévoyons, à la date de sortie du malade, qu'il ne survivrait pas un mois. Nous éliminons donc ainsi ceux qui présentent des récurrences fréquentes ou des métastases ganglionnaires à répétition, mais qui, grâce à la chirurgie et au radium, peuvent encore durer au delà de deux ans sans affecter outre mesure l'état général du malade. Quelques-uns de nos cancéreux de la verge sont morts huit mois après la constatation clinique de leurs lésions.

Le chiffre de deux ans que nous avons assigné à l'évolution des formes malignes est donc souvent au-dessous de la vérité. Nous pouvons donc affirmer sans exagération que chez 5 % de nos malades au minimum, le cancer de la verge a évolué en moins d'un an, et conclure que le cancer de la verge à marche rapide est moins rare que certains auteurs ne l'admettent généralement.

Nous avons essayé de déterminer quels pouvaient être les facteurs possibles de cette malignité.

L'âge moyen des 14 malades dont nous rapportons les observations est de 42 ans. Un cas seulement dépasse 60 ans. Par contre tous les malades ayant moins de 40 ans ont vu leur cancer de la verge prendre une allure aiguë. Cette constatation est conforme avec les autres localisations du cancer.

Les infections générales, en particulier le paludisme et la tuberculose, ne semblent pas avoir un

rôle dans l'éclosion des formes aiguës observées par nous.

Quant à la syphilis que Le Roy des Barres observe dans 50 % de ses cancers de la verge en général, les examens sérologiques ont révélé sa présence dans 20 % de nos cas aigus.

Le parasitisme intestinal est si commun au Tonkin qu'on ne peut déterminer dans quelle mesure il pourrait influencer sur la marche d'une maladie aussi spéciale que le cancer. Il est infiniment probable qu'il est cause de la forte éosinophilie observée chez la plupart de nos malades.

Le traumatisme qui a été signalé comme à l'origine de certains cancers de la verge pour certains auteurs (Patterson, David, Gillian, Kronlein, Maix, etc.) peut déterminer l'apparition du cancer aigu de la verge, comme il ressort de l'observation VIII de notre travail.

Nos malades n'étant pas souvent habitués à s'observer d'une façon correcte, il nous est très difficile de déterminer quelle est la localisation initiale qui prédispose le plus à la marche aiguë du cancer de la verge. Nos observations semblent nous montrer que les localisations au niveau du sillon balano-préputial, au voisinage du méat urinaire et sur le gland, ont présenté une évolution plus maligne, tandis que les cancers à début strictement préputial ont une allure beaucoup plus lente.

L'anatomie macroscopique nous montre qu'à l'encontre des autres localisations cancéreuses, les formes

bourgeonnantes du cancer de la verge ont un mauvais pronostic. Un seul cas observé par nous présente une forme ulcéreuse pure. Les autres forment des bourgeons qui se sphacèlent et s'infectent plus tard. L'aspect devient alors typique et représente ce que Winiwarter a comparé à un trognon de chou pourri. Nous avons observé d'autre part des formes ulcéreuses dont l'évolution est particulièrement longue.

L'anatomie microscopique nous a donné dans 13 cas des épithéliomas spino-cellulaires. Un seul cas est étiqueté sous le nom assez général d'épithélioma malpighien. Aucun cas observé par nous ne se présente sous la forme baso-cellulaire. Ceci n'a rien de typique pour les formes aiguës, car la plupart des cancers de la verge observés par nous sont des épithéliomas spino-cellulaires.

Le degré d'atypicité des cellules n'a aucune influence sur l'évolution aiguë de ce cancer, nous semble-t-il.

La fréquence des mitoses aussi ne nous a pas paru un indice certain de malignité. Dans les cas observés par nous, elle a varié entre $1/20$ et $1/1.500$. En moyenne chez les jeunes sujets, elle est de $1/230$ tandis que chez les sujets vieux, elle est de $1/530$. L'index caryokinétique moyen de nos cancers de la verge en général est de $1/350$ environ.

Si la réaction fibreuse intense, nette, est un indice certain de bénignité, la réaction du stroma ne semble pas nous donner d'indications précises de malignité. Nous avons seulement observé une réaction polynu-

cléaire intense chez la plupart des cancers à marche aiguë. Il s'agit le plus souvent de polynucléose neutrophile. Nous ne savons pas s'il faut attribuer cette polynucléose à l'infection des lésions cancéreuses ou à un processus de malignité qui nous échappe.

Ce que nous avons rapporté dans les notes sur le cancer de la verge en général nous dispense de parler des formes aiguës quant à l'aspect des lésions, leur mode d'extension, l'apparition des métastases, l'issue fatale par cachexie cancéreuse ou par infection intercurrente. A ce point de vue, sauf qu'elles brûlent les étapes, les formes aiguës ne diffèrent pas des formes à marche lente. Néanmoins, il faut insister sur l'état général du malade dans le premier cas. Alors que le porteur d'un cancer à marche lente conserve un état général des plus satisfaisants, même avec des lésions avancées et mutilantes, dans le cancer aigu, le patient, souvent, a un état général franchement mauvais. On dirait qu'il est profondément intoxiqué. Il est asthénique et son idéation est lente. Sa maigreur confine à une véritable cachexie. Son teint est jaune paille. Il est anorexique et son insomnie est rebelle à toute thérapeutique courante. Enfin, il est torturé par d'atroces algies à point de départ de la lésion avec irradiations le long des trajets nerveux.

Les cas aigus, même s'ils sont traités correctement, récidivent d'une façon déconcertante. La récurrence *in situ* est rare, sauf si une inoculation opératoire en est la cause. La récurrence au niveau des ganglions régio-

naux est la règle. Si un traitement stérilisateur a été fait au niveau des ganglions inguinaux et présymphysiens par le radium, suivi d'un curage radical, la récurrence frappe alors les ganglions rétro-cruraux, et, d'après Le Roy des Barres, les ganglions iliaques externes et lombo-aortiques difficilement accessibles aux irradiations. Ces atteintes ganglionnaires sont parfois très précoces. Chez un de nos malades qui faisait remonter sa lésion à quatre mois, il existait, outre une atteinte inguinale bilatérale, une adénite rétro-crurale droite ayant le volume d'une tête de fœtus à terme.

Le traitement des formes aiguës du cancer de la verge est des plus décevants. La plupart de nos malades ont des lésions tellement avancées que tout traitement autre que les calmants apparaît comme parfaitement inutile. Le Roy des Barres a essayé le traitement chirurgical combiné avec l'emploi des radiations et n'a obtenu aucun résultat. Il a essayé chez trois cas inopérables de la radiothérapie profonde et n'a vu qu'une aggravation. Cependant, Le Roy des Barres, d'accord avec l'enseignement de Lenormant, insiste sur le traitement précoce et énergique du cancer de la verge chez les sujets de moins de 40 ans. Dans ces cas qui sont susceptibles de revêtir une allure grave, il préconise avec le maître de Paris, une intervention rapide, voire mutilante, avec irradiations des régions présymphysiennes et inguinales par le radium.

Observations.

OBSERVATION I

Le malade Nguyen-Dinh-Tu, âgé de 40 ans, cultivateur, s'est présenté à notre consultation le 29 avril 1927 pour une tumeur de la verge.

Voici l'histoire de son affection : Porteur d'un phimosis congénital, il éprouva, il y a huit mois, du prurit au niveau du gland. En palpant ce dernier, à travers le prépuce, il sentait des nodosités dures, assez douloureuses. Il n'avait pas de phénomènes généraux ni de symptômes urinaires. Par l'orifice préputial, il s'écoulait un liquide louche, mêlé de sang, d'odeur fétide.

A l'examen, la verge est tuméfiée. A travers le prépuce distendu, le gland est globuleux et présente de nombreuses nodosités. Le méat urinaire est rejeté latéralement. Sur le fourreau, il existe de petites ulcérations. Le fourreau est d'ailleurs infiltré et dur. L'ensemble de la verge présente l'aspect en battant de cloche.

Les ganglions inguinaux droits sont tuméfiés et ulcérés. Il s'écoule de ces ulcérations un liquide roussâtre, d'odeur très fétide. L'aspect des bourgeons au niveau des ulcérations ganglionnaires rappelle celui de la verge. La base est dure, le fond anfractueux et les lésions saignent facilement.

Le malade déclare n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Sa femme n'a pas fait de fausses couches et ne souffre d'aucun trouble génital ou urinaire.

Ses parents sont morts de maladies de vieillesse et ses frères et ses sœurs n'ont aucune infirmité.

Le malade a un état général faible. Son teint est jaune-paille. Il se plaint de fatigue et d'insomnie.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann positif faible.

Légère anémie.

Eosinophilie à 10 %.

Un prélèvement fait le 30 avril 1927, sur la tumeur de la verge et examiné par le Dr Bablet, directeur de l'Institut Pasteur de Hanoï, donne la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire à rares mitoses (1/500). Stroma très abondant, plasmocytaire, très irrigué.

Un ganglion prélevé le 13 mai 1927 et examiné donne le résultat suivant :

Epithélioma spino-cellulaire avec quelques mitoses. Stroma abondant, leucocytaire. Réaction conjonctive modérée.

Une troisième biopsie faite sur l'ulcération d'un ganglion donne le résultat suivant :

Epithélioma spino-cellulaire. Très nombreux globes cornés. Mitoses peu abondantes (1 par champ) et monstrueuses. Stroma-réaction peu nette. Réaction conjonctive à ulcération intense par endroits.

Le malade est encore trop faible et ses lésions sont tellement infectées qu'on ne songe pas encore à faire un traitement radiumthérapique. Il est mis en observation. On lui renouvelle les pansements deux fois par jour. Le

1^{er} août il apparut des ganglions rétro-cruraux à droite. D'autres tumeurs ganglionnaires droites ont crevé. Les tumeurs ganglionnaires rétro-crurales grossissent rapidement. L'une d'elles a le volume d'une grosse mandarine. Le malade se tient tout courbé. Il se plaint de douleurs atroces, ne dort et ne mange presque plus. Sa cachexie est extrême. Il a une fièvre modérée et continue. Son état général est tel que tout espoir de traitement est abandonné. Sur la demande expresse de sa famille et sur son consentement, il est autorisé à sortir le 8 août 1927 dans un état désespéré.

OBSERVATION II

Le malade Dang-Quang-Dai, âgé de 41 ans, cultivateur, est entré dans notre Service le 6 avril 1929 pour tumeur de la verge.

Porteur d'un phimosis congénital, il sentit un jour des douleurs au niveau du gland, il y a de cela neuf mois. Il se fit admettre à l'hôpital de Vietri (Province du Tonkin) où l'on opéra son phimosis. Le gland fut découvert. Il était porteur d'une ulcération suspecte. La plaie chirurgicale étant cicatrisée, le malade fut dirigé vers le Centre Anticancéreux de Hanoï.

Quand le malade se présente à notre consultation, nous constatons les lésions suivantes :

Au niveau du gland existe une ulcération en profondeur, rongant tout le méat urinaire. Le fond est anfractueux et sanieux. Les bords sont durs, surélevés et lobulés par endroits. Cette ulcération occupe presque entièrement le gland. L'ulcération repose sur une base indurée. Elle saigne au moindre contact du stylet.

Aux aines se trouvent des ganglions de grosseur variant entre celle d'une bille d'enfant à celle d'un petit haricot, de consistance dure. Ils sont mobiles et indolores à la palpation profonde.

Le malade est célibataire. Il déclare n'avoir jamais contracté de maladies vénériennes. Il ne tousse pas et n'a jamais été à la Haute-Région impaludée du Tonkin. Dans ses antécédents héréditaires, nous ne relevons aucune maladie ou infirmité intéressante.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann négatif.

Pas d'anémie.

Pas d'éosinophilie.

Une première biopsie faite le 9 avril 1929 sur la lésion de la verge et examinée par le Dr Bablet donne la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire à rares globes cornés. Stroma assez encombré. Vaisseaux très dilatés. Mitoses très peu nombreuses : 1/750.

Le 16 avril 1929, on lui appliqua un appareil externe couvrant la verge et les territoires ganglionnaires inguinaux. La quantité de radium employée est de 94 mcd 224.

Après l'enlèvement de l'appareil externe, l'ulcération est d'abord très propre. Mais, quelques jours après, le gland est le siège d'une tuméfaction assez intense. Le malade insiste pour sortir après avoir refusé l'intervention chirurgicale.

Le 30 octobre 1929, le malade se fit admettre de nouveau à l'hôpital. Le gland est de nouveau ulcéré. La partie antérieure de la verge est indurée. Le malade

éprouve des douleurs spontanées avec irradiations aux aines.

Une deuxième biopsie est faite le 5 novembre 1929. Examinée, elle fournit la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire massif. Monstruosités nombreuses. Stroma peu encombré. Vascularisation assez riche. Mitose 1/500.

La verge est amputée le 20 novembre 1929. La cicatrisation de la plaie opératoire est complète le 1^{er} décembre 1929. Le 3 novembre 1929, nouvelle application d'un appareil externe. Dose de radium : 164 mcd. 892.

Le 24 décembre 1929, il est procédé au curage des ganglions des aines suivant la technique de Gosset.

Au niveau des cicatrices opératoires, il ne se produit rien de suspect. Mais le malade est profondément anémié. Il répond à peine à nos questions. Il geint tout seul. Il mange fort peu et dort à peine. Sa cachexie est extrême et son teint est devenu jaune paille. Nous lui faisons tous les jours de l'huile camphrée et tâchons de remonter son état général par des reconstituants. Rien n'y fait et il meurt dans le marasme le 15 janvier 1930.

OBSERVATION III

Le malade Ngo-Luong, âgé de 51 ans, cultivateur, est venu nous consulter pour tumeur bourgeonnante de la verge le 28 octobre 1929.

Le malade est porteur d'un phimosis congénital. Il y a un an, il observa l'apparition sur la partie antérieure du prépuce d'un bouton qui ne tarda pas à s'ulcérer. A la même place, se forma une fistule par où s'écoulèrent du pus et de l'urine.

A l'examen, nous observons à la face dorsale de la verge, au niveau du sillon balano-préputial, une ulcération à contours irrégulier, à bords bourgeonnants, de la largeur d'une pièce d'un franc. Par l'orifice préputial il ne sort pas de pus. Au contraire, au niveau de la fistule, sortent et du pus et de l'urine. La fistule elle-même se trouve au milieu d'une large ulcération. Le fond de cette dernière est sanieux. Les bourgeons sont durs et saignent facilement à l'examen au stylet. Le tissu environnant est lui-même induré et le prépuce, dans l'ensemble, est œdématié.

Les ganglions inguinaux sont engorgés aux deux côtés. La périadénite est nette. La palpation profonde est légèrement douloureuse.

Dans les antécédents du malade nous ne relevons rien d'intéressant sinon un phimosis congénital. Le malade déclare qu'il n'a jamais contracté une maladie vénérienne quelconque.

Chez lui, il s'est fait appliquer sur la lésion des cataplasmes sur le conseil d'un médocastre.

Son Bordet-Wassermann est négatif.

Une biopsie faite le 29 octobre 1929 au niveau de la verge et examinée par le Dr Bablet donne le résultat suivant :

Epithélioma spino-cellulaire. Stroma-réaction assez intense. Mitose 1/500.

Le 5 novembre 1929, l'amputation de la verge est faite.

Le 5 décembre 1929, on lui met aux aines et à la région présymphysienne un appareil externe pendant treize jours. La dose totale de radium employée est de 188 mcd. 448.

Le 27 décembre 1929, on procède au curage ganglionnaire des aines suivant la technique de Gosset.

Le malade, toujours faible, se cachectise rapidement et ne tarde pas à mourir le 1^{er} janvier 1930 à 2 heures.

OBSERVATION IV

Le malade Vu-Van-Bong, âgé de 45 ans, cultivateur, est venu nous consulter pour une tumeur de la verge, le 7 septembre 1930.

Il est porteur d'un phimosis congénital. Il y a trois mois, il constata l'apparition d'un nodule dur, indolore à la partie latérale droite du prépuce ; le nodule était de la grosseur du bout du petit doigt. Cinq jours après, ce nodule s'ulcéra. L'ulcération gagna rapidement de surface et depuis un mois apparurent des bourgeons charnus, durs, saignant facilement. Le gland finit par être rongé, puis le fourreau et la partie inférieure de la verge.

Actuellement, la tumeur a détruit tout le gland, le fourreau et la moitié inférieure de la verge. Le malade ne ressent pourtant pas de troubles de la miction. La tumeur est lobulée et bourgeonnante. Elle est de consistance dure et elle est indolente au toucher. A certains points existent des ulcérations profondes où stagnent du pus, du sang et des sérosités louches. Les ulcérations et les bourgeons saignent facilement au contact du stylet.

Les ganglions inguinaux sont légèrement engorgés des deux côtés.

Une biopsie faite le 8 septembre 1930 et examinée par le Dr Bablet donne le résultat suivant :

Epithélioma malpighien massif lobulé. Monstruosités nucléaires et mitoses très nombreuses. Stroma réduit.

Un ganglion enlevé et examiné dénote une simple réaction inflammatoire.

L'amputation de la verge est faite le 11 août 1930. La cicatrisation de la plaie opératoire est définitive le 28 mai 1930.

Un appareil externe est appliqué sur les aines, la pré-symphyse et le moignon de verge restant, le 19 août 1930. La dose de radium employée est de 117 mcd. 15.

Le curage des ganglions est fait le 3 septembre 1930.

Le malade est très amaigri. Il présente un œdème fugace aux membres inférieurs. Puis, peu à peu, l'œdème devient persistant et se généralise. Le malade ne mange presque plus. Il dort peu et se plaint d'une grande lassitude. Quelques jours avant sa mort, il a une diarrhée séreuse incoercible. Il meurt le 12 décembre 1930.

OBSERVATION V

Le malade Dang-Quy-Mao, âgé de 31 ans, cultivateur, est venu à notre consultation le 9 octobre 1930 pour tumeur de la verge.

Il n'est pas porteur de phimosis congénital. L'affection dont il est atteint remonterait seulement à trois mois. Elle débuta par une tuméfaction du prépuce avec rougeur et douleur. Une ulcération apparut au même niveau. Depuis, l'ulcération n'a cessé de progresser et de bourgeonner avec rapidité en s'accompagnant de réaction ganglionnaire.

A l'examen, l'extrémité antérieure de la verge est très augmentée de volume. Un paraphimosis s'est constitué,

ne laissant plus passer le gland. A la partie supérieure du prépuce, on voit trois ulcérations ovulaires, profondes, à bords bourgeonnants, à fond sanieux et saignant facilement au contact du stylet. Leurs dimensions sont égales et sont à peu près de 2 cm. de diamètre.

Quelques ganglions inguinaux sont perceptibles. Ils sont indolores.

Le malade a un bon état général.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann faiblement positif.

Pas de signes d'anémie.

Crachats : pas de bacilles de Koch.

Une biopsie faite le 3 octobre 1930 au niveau de l'ulcération centrale du prépuce et examinée par le Dr Babellet donne la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire. Stroma très infiltré. Mitoses nombreuses.

Après l'amputation de la verge faite le 27 novembre 1930, un fragment de la tumeur est de nouveau examiné :

Résultat : Epithélioma spino-cellulaire à globes cornés. Stroma très infiltré.

Quelques jours après l'amputation de la verge, apparut derrière l'arcade crurale droite, à la partie interne, un ganglion gros comme une noisette. D'autres ganglions apparurent peu après autour du premier. Ils présentent l'apparence des ganglions inflammatoires, mais ils sont plus durs que les ganglions inflammatoires banaux. La fluctuation précéda de peu l'ouverture de ces ganglions.

Un prélèvement est fait au niveau d'un ganglion ul-

céré. L'examen dénote qu'il s'agit d'une métastase spino-cellulaire avec réaction inflammatoire intense.

Le malade, dès lors, a de la fièvre tous les soirs et son état général empire rapidement. Ils se plaignent de vives douleurs au niveau des ulcérations avec élancements aux cuisses et aux fosses iliaques.

Quelques séances de radiothérapie profonde, à raison de 500 R. par séance, ont été essayées sur les ganglions. Elles ne donnent aucun résultat.

Le 12 avril 1931, le malade succombe des suites de sa cachexie.

OBSERVATION VI

Le malade Pham-Van-Than, âgé de 45 ans, cultivateur, est entré dans notre Service le 7 mars 1931 pour tumeur de la verge.

Son affection remonterait à deux ans environ. Le début en était marqué par un nodule de la grosseur du petit doigt, siégeant à la face dorsale du gland, sous le prépuce. Le malade est de plus porteur d'un phimosis congénital. Il avait de la difficulté à la miction. Depuis huit mois, le nodule augmentait rapidement de volume, s'ulcérait, attaquant et le gland et le prépuce. Douleur locale avec irradiations aux aines et à la racine des cuisses. Écoulement jaunâtre d'odeur fétide. Cet écoulement était parfois teinté de sang.

À l'examen, nous constatons une tumeur de la grosseur d'un œuf de cane, siégeant à la partie antérieure de la verge. Cette tumeur englobe tout le prépuce et tout le gland. Elle est ulcérée et infectée. Ses bords sont éversés, épais, kératosiques, irréguliers. On y trouve des

bourgeons charnus qui saignent facilement. La pression est douloureuse. Il sort des ulcérations un pus épais, jaunâtre et fétide. Douleur spontanée au niveau de l'ulcération avec irradiations aux aines et aux racines des cuisses.

En arrière de cette tumeur primitive, existe une ulcération secondaire siégeant à la partie latérale gauche du pénis. Elle mesure 20 mm. de long et 5 mm. de large. Elle a les mêmes caractères macroscopiques que la première.

Les aines présentent un aspect marronné. Les ganglions ont la grosseur du pouce. Ils sont immobiles et douloureux à la palpation.

Dans ses antécédents personnels, le malade ne cite aucune maladie grave.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann négatif.

Crachats : pas de bacille de Koch.

Anémie légère.

Eosinophilie à 11 %.

Une biopsie faite au niveau de la tumeur primitive et examinée par le Dr Bablet donne la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire. Travées cancéreuses formant des mailles assez régulières et serrées. Stroma réaction positive. Activité cellulaire notable. Mitoses atypiques à 1/250.

L'amputation de la verge est faite le 15 mars 1931 par le Dr Lucas Championnière. Les suites opératoires sont bonnes. Cicatrisation définitive le 8 avril 1931.

Un appareil externe est mis sur la présymphyse et les aines le 23 juin 1931. La quantité totale de radium em-

ployée est de 111 mcd. 4.684. Les ganglions semblent subir un coup de fouet. Ils augmentent de volume. L'un d'eux s'ouvre et bourgeonne. Un prélèvement dénote à l'examen microscopique qu'il s'agit d'une métastase cancéreuse.

Le malade a la diarrhée, des poussées thermiques le soir. Il mange à peine et ne peut dormir à cause des douleurs intenses au niveau de l'ulcération inguinale. Il maigrit considérablement et meurt dans la cachexie le 21 août 1931.

OBSERVATION VII

Le malade Mai-Van-Chuan, âgé de 30 ans, cultivateur, est entré dans notre Service le 19 mars 1931 pour tumeur de la verge.

L'affection datait de deux ans environ. Le début en était marqué par l'apparition d'un nodule au niveau du gland. Ce nodule était de la grosseur d'une noix. Vint rapidement l'ulcération qui s'élargit peu à peu et gagna le prépuce. Le malade n'avait pas de trouble de la miction. Il ressentait surtout du prurit local ce qui l'amena à se faire des grattages fréquents. L'ulcération saignait facilement. Elle était recouverte d'une sérosité louche et fétide.

Actuellement, la tumeur est bourgeonnante. Elle est ulcérée par beaucoup d'endroits. Les bords des ulcérations sont irréguliers. Le fond en est recouvert par un séro-pus très fétide. Les ulcérations ainsi que les bourgeons saignent au moindre contact. Le gland, le prépuce et le scrotum forment une masse dure, rouge, du volume d'une orange. Cette masse ne rappelle en rien la

forme primitive de la verge et du scrotum. Le malade éprouve toujours un grand prurit local. Il n'a pourtant aucune gêne à la miction.

Les aines présentent de nombreux petits ganglions durs, perceptibles à la palpation. Ces ganglions sont indolores.

Dans les antécédents du malade, nous ne relevons rien d'intéressant.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann négatif.

Crachats : pas de présence de bacilles de Koch.

Anémie légère.

Une biopsie faite au niveau de la tumeur de la verge le 21 mars 1931 et examinée par le Dr Bablet, nous fournit les renseignements suivants :

Epithélioma spino-cellulaire. Basale bourgeonnante. Travées cancéreuses nombreuses. Stroma-réaction négative. Mitose 1/750. Vaisseaux nombreux.

Une deuxième biopsie faite le 3 avril 1931 au niveau des ganglions inguinaux. A l'examen, on a le résultat suivant :

Ganglion en hyperfonctionnement. Travées cancéreuses abondantes. Mitoses excessivement rares 1/10.000. Le stroma réagit. Polynucléaires nombreux. Vaisseaux dilatés. Epithélioma spino-cellulaire.

En présence d'une masse dure englobant verge et scrotum et n'osant faire la dissection de peur de faire des greffes cancéreuses, le Dr Le Roy des Barres fait une émasculatation totale, bien qu'il soit persuadé que les testicules ne sont pas pris par le processus cancéreux et qu'il est infiniment probable que les lésions du scrotum

sont aussi des greffes faites accidentellement par le malade en se grattant furieusement à tout hasard. Il refait un méat urinaire périnéal. Les suites opératoires sont bonnes et la cicatrisation de la plaie est faite au bout de dix jours.

Un appareil externe est mis sur la présymphyse et les régions inguinales. Mais comme le malade faiblit rapidement, force nous est de l'enlever. Le malade a de la diarrhée profuse, mange peu et ne dort que quelques heures par jour, d'un sommeil agité. Il se cachectise rapidement. On essaie de le remonter par l'huile camphrée et la strychnophospharsinée. Rien n'y fait. Le 17 juillet 1931, il meurt dans la cachexie.

OBSERVATION VIII

Le malade Nguyen-Van-Cuong, âgé de 48 ans, cultivateur, entre dans le pavillon Henri-Rivière le 8 mars 1931 pour une tumeur ulcérée de l'extrémité de la verge accompagnée d'une ulcération de l'aine gauche.

L'examen clinique fournit les renseignements suivants :

La verge, augmentée de volume, est en battant de cloche ; son extrémité est constituée par des végétations en chou-fleurs, sanieuses et saignant au contact. Il est impossible de distinguer un vestige de gland. A la partie inférieure de l'ulcération bourgeonnante, on arrive, avec peine, à reconnaître l'orifice de l'urèthre. A la palpation, on constate un envahissement de ce canal qui est induré dans toute la partie molle de la verge. Les corps caverneux sont également envahis.

Il existe sur les téguments de la verge des traînées rouge-brunâtre, indurées, se dirigeant vers le pubis et la région inguinale gauche. Au niveau de l'aîne gauche existe une ulcération partant de l'orifice inguinal externe et aboutissant en suivant le pli inguinal, à un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Cette ulcération bourgeonnante et saignante, adhère aux plans profonds de la région. Les ganglions du triangle de Scarpa sont hypertrophiés des deux côtés.

Le malade présente des signes de bronchite diffuse, avec prédominance aux deux sommets. L'expectoration est abondante et purulente.

Les autres organes ne présentent rien de bien particulier.

L'état général est précaire.

Les examens de laboratoire donnent les renseignements suivants :

Réaction de Bordet-Wassermann positive.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Anémie intense.

L'examen histologique des prélèvements faits au niveau de la tumeur de la verge et de l'ulcération de l'aîne, montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire ayant envahi les ganglions.

La radioscopie décèle une grisaille des deux sommets.

Notre malade, cultivateur de son métier, ne nous fournit aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Il a quatre frères bien portants. Ses trois sœurs sont mortes des suites de couches.

Marié, sa femme est bien portante. Il a sept enfants vivants. Un est mort à l'âge de 12 mois d'une affection aiguë dont il ne peut préciser la nature.

Il a eu la variole dans son enfance. Porteur d'un phimosis congénital, il aurait observé il y a dix ans, à la partie inférieure du prépuce, l'existence d'une induration du volume d'un haricot, induration qui n'aurait jamais complètement disparu.

Il y a trois mois, Nguyen-Cuong a fait une chute à califourchon sur le périnée antérieur et a eu à cette occasion une lésion traumatique importante de l'extrémité de la verge pour laquelle il se fit soigner par un médocastre de campagne ; le traitement consista en des applications locales de topiques sino-annamites. Dans les jours qui suivirent le traumatisme apparut un ganglion inguinal gauche et l'extrémité de la verge s'ulcéra. Ultérieurement, le ganglion s'ouvrit à l'extérieur, donnant issue à un liquide puriforme et l'ulcération de la verge se mit à présenter des bourgeons. L'état général du malade commença à périliter. C'est alors que le malade se décida à se présenter à la consultation de l'hôpital de Hanoï.

L'examen anatomo-pathologique fait par le D^r Bablet donne les résultats suivants :

Tumeur de la verge : Epithélioma trabéculaire dont les boyaux sont très mal limités ; ils contiennent un nombre extraordinaire de globes parakératosiques et de nombreuses monstruosité. Mitoses 1/200. Stroma réaction positive. Vaisseaux dilatés et nombreux.

Ulcération de l'aine : Epithélioma spino-cellulaire. Boyaux néoplasiques massifs. Stroma hémorragique et inflammatoire. Mitoses peu nombreuses, 1/750.

Deux jours après son admission à l'hôpital de Hanoï, notre malade fit, pendant une semaine, une congestion pulmonaire avec fièvre. Son état général déclina de plus

en plus. L'ulcération de la région inguinale s'élargit. La mort survint dans le marasme le 10 avril.

OBSERVATION IX

Le malade Hoang-Van-Sinh, âgé de 48 ans, cultivateur, est entré dans le Service le 11 mars 1932 pour ulcération des aines.

Il est porteur d'un phimosis congénital. Il y a deux ans, il vit apparaître à l'extrémité du prépuce un nodule de la grosseur d'un grain de maïs. Les téguments avoisinants étaient érythémateux et indurés. Il avait du prurit local. En se grattant, il se fit des ulcérations. Celles-ci s'élargissaient de jour en jour. Il se fit admettre à l'hôpital de Haïduong (province du Tonkin) où l'on lui amputa la verge. Neuf mois après, il constata la présence des tumeurs au niveau des aines ce qui le gêna beaucoup dans la marche. Il appliqua sur ces tumeurs différents topiques sans grands résultats. Au contraire, ces tumeurs devinrent ulcérées.

A l'examen, nous trouvons que la verge est amputée jusqu'à sa base. Pas de bourgeons ni de nodosités suspectes au niveau de la cicatrice opératoire. Aux aines, nous remarquons les lésions suivantes :

Aine gauche : Ulcération profonde de 3 cm., longue de 5 à 6 cm. et large de 3 cm. Les bords en sont irréguliers, surplombant un fond anfractueux, ulcéré, rouge et saignant facilement au contact du stylet. Pus et sérosités fétides sortent de ces lésions. Deux autres ulcérations voisines de la première ont le même aspect. Quelques ganglions sur l'aine gauche sont gros et fluctuants.

D'autres sont encore à l'état de crudité et sont plus petits.

Aine droite : Ulcération profonde de 1 cm., longue de 3 cm. et large de 2 cm. Elle présente le même aspect qu'au côté gauche. Présence aussi de quelques ganglions fluctuants et d'autres plus petits à l'état de crudité.

La douleur est persistante aux aines. Le malade, même couché, se tient dans l'attitude du chien de fusil. La marche est très douloureuse et pénible.

Au toucher rectal, les ganglions du promontoire et des fosses iliaques ne sont pas perceptibles.

Le malade a un état général très médiocre. Il est maigre. Son appétit est diminué. Il a de l'insomnie et il est constipé (1 selle tous les trois jours). Son pouls est petit et lent (60 à la minute).

Dans ses antécédents personnels, nous ne relevons pas trace d'infection vénérienne ou de traumatisme au niveau de la verge.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann négatif.

Crachats : pas de présence de bacilles de Koch.

Légère diminution du nombre des hématies.

Mononucléose légère.

Une biopsie fut faite le 12 mars 1932 au niveau de l'ulcération de l'aine gauche. Examinée par le Dr Jøyeux, de l'Institut Pasteur de Hanoï, il nous fut donné la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire. Travées néoplasiques grêles et effilochées contenant de nombreux petits globes épidermiques. Monstruosité et mitoses atypiques 1/250.

Les lésions sont tellement injectées que toute tenta-

tive d'intervention aboutirait fatalement à un échec. On se contente de renouveler les pansements plusieurs fois par jour. Quelques tentatives de radiothérapie ont été essayées. Elles ne donnent aucun résultat. Le malade a un état général de plus en plus mauvais. Sa cachexie est extrême. Il meurt le 6 mai 1932 à 4 heures du matin dans les convulsions.

OBSERVATION X

Le malade Phan-Ninh, âgé de 28 ans, main-d'œuvre, est venu nous consulter le 30 juin 1932 pour une tumeur de la verge.

Porteur d'un phimosis congénital, il aurait vu, il y a deux mois, apparaître, sous le prépuce, un nodule dur qui siégeait à la partie latérale droite du gland. En même temps, il avait des démangeaisons à l'extrémité du prépuce, ce qui l'amenait à presser fréquemment cette région avec ses doigts. Le nodule grossissait de jour en jour, envahissant tout le gland et soulevant le prépuce. Le fourreau devenait œdémateux. L'ensemble de la verge présentait l'aspect en battant de cloche. Depuis deux semaines, il s'écoule du sang par l'orifice préputial et le malade ressent des douleurs locales sourdes. Dans un hôpital provincial, on lui opère son phimosis et on l'envoie à l'hôpital de Hanoï pour son cancer.

A l'examen, la verge est grosse comme un épis de maïs. Le gland est volumineux. Il conserve encore la configuration d'un cône malgré qu'il soit recouvert de nombreux bourgeons charnus, rougeâtres et saignant au contact.

La tumeur est infectée. La base du gland est indurée,

ainsi que l'extrémité antérieure des corps caverneux. Le fourreau est considérablement distendu. Le méat urinaire ainsi que le frein sont cachés par des bourgeons charnus. Le sillon balano-préputial est effacé.

Aux aines, nous constatons la présence d'un gros ganglion à gauche et deux ganglions de moindre grosseur à droite. Ces derniers ont la grosseur de l'extrémité du petit doigt. Ils sont durs, indolores, immobiles et ont leur grand axe parallèle au pli inguinal.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann négatif.

Crachats : pas de présence de bacilles de Koch.

Anémie légère.

Eosinophilie à 13 %.

Dans les antécédents du malade, nous ne relevons rien d'intéressant. Il ne porte pas trace d'ulcérations vénériennes. Aucun topique n'a été appliqué sur le cancer.

Une biopsie faite le 2 juillet 1932 au niveau de l'ulcération de la verge et examinée par le Dr Joyeux fournit la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire. Cellules neutrophiles. Monstruosités fréquentes. Pas de sécrétion. Stroma irrégulier dans lequel on trouve des cellules cancéreuses isolées. Réaction très peu marquée. Epanchement sanguin. Pas d'embolie. Caryogenèse à 1/20.

Un ganglion prélevé le 21 août 1932 et examiné fournit la réponse suivante :

Ganglions complètement envahis par les métastases spino-cellulaires. Masses en pleine vitalité. Mitoses nombreuses à 1/150. Quelques embolies cancéreuses. Mauvaise réaction du tissu ganglionnaire.

L'amputation de la verge est faite le 2 juillet 1932. Les suites opératoires sont bonnes. La cicatrisation définitive de la plaie opératoire se fait le 6 juillet 1932.

Les ganglions inguinaux et présymphysiens ainsi que le moignon de verge restant sont soumis à l'action du radium à l'aide d'un appareil externe. La quantité totale de radium employée est de 117 mcd. 15.

Le 17 septembre 1932, curage ganglionnaire.

Avant que l'état de la plaie opératoire des aines soit amélioré, le malade faiblit considérablement. Il a de la diarrhée séreuse qui résiste à toutes les médications mises en œuvre. Sa cachexie est extrême. Il ne mange presque plus. Il dort à peine quelques heures par jour. Le 30 décembre 1932, il meurt dans le marasme.

OBSERVATION XI

Le malade Nguyen-Duc-Bon, âgé de 51 ans, cultivateur, est entré dans notre Service le 18 août 1932 pour tumeur de la verge.

L'affection daterait de 5 mois environ. Elle débiterait par un petit nodule de la grosseur d'une lentille, au niveau du sillon balano-préputial. Sensation de prurit au niveau du nodule. Grattages fréquents. Ulcérations du nodule. Des bourgeons charnus apparaissent et distendent les bords de l'ulcération. Celle-ci s'étend à la fois vers le gland et vers la racine de la verge.

A l'examen, nous constatons que le malade porte deux tumeurs : celle de la verge qui est primitive et celle du pli de l'aine gauche qui date d'une vingtaine de jours.

Tumeur de la verge : tumeur bourgeonnante, envahissant toute la verge. Entre les bourgeons charnus, rou-

geâtres, présence de cavités anfractueuses où stagne un magma de séro-pus excessivement fétide. Les tissus pré-symphysiens sont envahis. Le méat urinaire est encore reconnaissable. D'ailleurs le malade n'a pas de trouble de la miction. Le reste de la verge est œdédié. Un lambeau de tissu représente ce qui reste du gland. Un mince lambeau du fourreau sépare la masse tumorale de la racine de la verge. La tumeur est de consistance ferme. La palpation n'est pas douloureuse. La tumeur saigne facilement au contact du stylet explorateur.

Tumeur ganglionnaire : elle est ovoïde, allongée sur le pli inguinal gauche. Elle est de la grosseur d'un goyave. Les téguments qui la recouvrent sont rouges, violacés, lisses. Chaleur et douleur locales marquées. Le malade marche comme cassé en deux. La tumeur est molle, fluctuante au milieu et de consistance dure à la périphérie.

Présence d'une hydrocèle. Les testicules sont gros et douloureux.

Aux aines, outre le gros ganglion décrit précédemment, présence aux deux côtés d'autres ganglions de volumes variant de la grosseur d'un grain de maïs à celle d'un haricot.

Le malade a un état général médiocre. Il maigrit et son teint est jaune paille.

Son foie a la limite inférieure abaissée d'un travers de doigt. Il n'est pas douloureux à la palpation profonde.

La rate est percutable.

Présence de râles sous-crépitaux aux bases des poumons.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Anémie assez forte.

Bordet-Wassermann négatif.

Crachats : pas de présence de bacilles de Koch.

Une biopsie faite sur la tumeur de la verge et examinée par le Dr Joyeux donne le résultat suivant :

Epithélioma spino-cellulaire. Travées cancéreuses nombreuses et grêles. Globes cornés abondants. Mitoses peu nombreuses (1/500). Stroma-réaction nulle.

L'amputation de la verge est faite le 21 avril 1932 avec réfection d'un méat urinaire. Le malade qui ne semblait pas choqué par l'intervention faiblissait pourtant de jour en jour. L'ulcération inguinale gauche s'élargit et les autres ganglions ont également augmenté de volume. Le malade est pendant quelque temps soutenu par l'huile camphrée et les reconstituants. Mais l'insomnie et l'anorexie sont difficilement combattues. Il se cachectise rapidement pendant les premiers jours de mai et le 10 mai 1932 il meurt dans la cachexie.

OBSERVATION XII

Le malade Vu-Van-Phat, âgé de 49 ans, cultivateur, est entré dans la salle Henri-Rivière le 26 mars 1933 pour tumeur bourgeonnante de la verge.

Porteur d'un phimosis congénital, il éprouva, voilà trois mois, de la difficulté à la miction, difficulté qui persiste jusqu'à présent et à laquelle s'ajoute encore une douleur très accusée. Depuis deux mois, l'extrémité de la verge suppure abondamment. Il a essayé sans succès les médicaments sino-annamites, soit *per os*, soit en applications locales.

Actuellement, nous sommes en présence d'un malade très amaigri. Il se plaint de violentes douleurs le long de l'urèthre. La tumeur est enveloppée en partie par le prépuce. La partie découverte se présente sous l'aspect de gros bourgeons qui saignent facilement au contact du stylet. La tumeur est de consistance dure. Elle est très douloureuse à la palpation et laisse sourdre constamment un liquide sanieux et fétide. La tumeur est de la grosseur d'un œuf de poule. Les ganglions inguinaux gauches sont hypertrophiés et se présentent sous l'aspect d'un gâteau marronné dur.

Une biopsie faite le 28 mars 1933 au niveau de la tumeur de la verge et examinée par le Dr Joyeux fournit la réponse suivante :

Epithélioma spino-cellulaire. Nombreux boyaux néoplasiques se comprimant les uns les autres. Cellules neutrophiles. Monstruosité nombreuses. Mitoses 1/300. Ebauches de globes parakératosiques. Stroma très réduit et contenant de nombreux plasmocytes. Vascularisation assez bonne.

Un examen histologique des ganglions prélevés au cours du curage ganglionnaire le 27 juin 1933 fournit les résultats suivants :

Réaction fibreuse et lymphoïde thérapeutique (traitement par le radium). Pas d'éléments cancéreux visibles. Le centre d'un ganglion est sphacélé en partie.

Le 12 septembre 1933, il fut procédé à l'amputation de la verge.

Du 2 mai 1933 au 16 mai 1933, mise d'un appareil externe de radium en tube. Quantité de radium employée : 258 mcd. 96.

Le 26 juin 1933, il fut procédé au curage ganglion-

naire des aines et de la présymphyse par la méthode de Gosset.

Le 28 août 1933, toutes les plaies chirurgicales étant complètement cicatrisées, le malade sort de l'hôpital cliniquement guéri. Son état général est passable.

Le 2 novembre 1933, le malade s'est fait admettre dans un pavillon de chirurgie pour le motif suivant :

Depuis une semaine, ses bourses ont augmenté de volume et atteignent le volume de la tête d'un fœtus. Dans le même Service de chirurgie, on lui fit l'émascation totale sans avoir songé à envoyer la pièce opératoire pour examen histologique.

Repasé à la salle des Cancers pour traitement par les radiations, le malade faiblit rapidement. La plaie opératoire, tout en restant propre, ne se cicatrise pas. L'état général du malade devient de plus en plus mauvais et le 2 mai 1934 il meurt dans la cachexie.

Nota. — Cette observation n'est rapportée qu'avec beaucoup de réserves. L'absence d'examen histologique de la pièce opératoire provenant de la deuxième intervention (émascation totale) ne nous permet aucune conclusion. De toutes façons, il est douteux qu'il s'agisse d'une récurrence du cancer de la verge au niveau des glandes testiculaires.

OBSERVATION XIII

Le malade Nguyen-Van-Ly, 43 ans, cultivateur, est entré dans le Service le 11 octobre 1933 pour tumeur de la verge.

Il y a six mois, à la partie latérale droite de son gland, apparut un bouton de la grosseur d'un grain de maïs.

Ce bouton grandit, s'ulcère. Cette ulcération gagna en surface et en profondeur, émit des bourgeonnements et laissa exsuder un liquide jaunâtre, fétide. Le malade essaya différents topiques empiriques qui n'apportèrent aucune amélioration à l'état des lésions. C'est alors qu'il décida de venir nous consulter.

A l'examen, nous constatons que la tumeur a envahi tout le gland. Elle est bourgeonnante et dure à la palpation. La pression en est douloureuse. Les parties ulcérées laissent suinter un liquide louche, d'odeur extrêmement fétide. Le prépuce est retroussé et œdématié par un paraphimosis.

Les ganglions inguinaux sont légèrement hypertrophiés et douloureux aux deux côtés.

Une biopsie faite le 13 octobre 1933 et examinée par le Dr Joyeux nous fournit les renseignements suivants :

Le stroma sous-cutané est envahi par les boyaux épithéliomateux. Ceux-ci sont formés par des cellules épidermoïdes, neutrophiles, granuleuses, à gros noyaux clairs. Ces cellules sont souvent réunies par des ponts d'union et forment des globes cornés. Les figures anormales ne sont pas très nombreuses. Présence des plasmocytes, des lymphocytes et surtout des polynucléaires. La vascularisation est assez intense. Diagnostic histologique : épithélioma spino-cellulaire.

Les examens des laboratoires donnent les résultats suivants :

Anémie légère.

Mononucléose à 40 %.

L'amputation de la verge fut faite le 13 novembre 1933. Les territoires ganglionnaires des aines et de la présymphyse furent soumis au radium à l'aide d'un ap-

pareil externe. Au troisième jour de l'application de l'appareil, le malade eut de la diarrhée et des réactions thermiques. L'appareil fut enlevé. Néanmoins, la diarrhée résista à l'émétine et à l'eau chloroformée. Elle dura jusqu'au 22 janvier 1934, date à laquelle le malade succomba de sa cachexie.

OBSERVATION XIV

Le malade Dang-Van-Khuyen, âgé de 40 ans, cultivateur, est entré dans la salle Henri-Rivière le 17 février 1934 pour tumeur de la verge.

Le malade était porteur d'un phimosis congénital qu'il s'est fait opérer à l'hôpital de Hadong (province du Tonkin), il y a quatre ans, parce que l'extrémité du prépuce devenait ulcérée. Il était sorti de cet hôpital cliniquement guéri. Il y a neuf mois, il vit apparaître à son aine gauche une tumeur petite, dure, roulant sous les doigts. Cette tumeur gêne beaucoup le malade dans ses mouvements, en particulier la marche. Elle augmente rapidement de volume, et, cinq mois après son apparition, elle atteint le volume d'un poing d'homme. Un mois après, elle devient ulcérée et infectée. Il suinte de l'ulcération un liquide sanieux, d'odeur nauséabonde. Cette ulcération s'étend en largeur et en profondeur et occupe, au moment où nous examinons le malade, toute la largeur de l'aine gauche.

Actuellement, l'ulcération s'étend depuis l'épine iliaque antéro-supérieure gauche jusqu'au pubis. En hauteur, elle effleure le pli inguinal et descend vers le triangle de Scarpa sur une longueur de 10 cm. Les bords en sont durs et bourgeonnants. Tout autour, la peau est

luisante, bistrée, dure. Au milieu de l'ulcération, se trouvent des plages de bourgeons charnus rappelant l'aspect des choux-fleurs. Il suinte de toute la lésion un liquide roussâtre, d'odeur extrêmement fétide. Le malade se plaint d'une douleur permanente à la région. Autour de cette lésion, se trouvent des ganglions d'aspect inflammatoire. A droite, présence de ganglions durs, roulant sous les doigts. Au niveau de la cicatrice de l'ancienne plaie chirurgicale, se trouvent quelques végétations suspectes.

L'état général du malade est des plus médiocres. Il se plaint d'insomnie et d'anorexie.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

Anémie légère.

Eosinophilie à 18 %.

Bordet-Wassermann négatif.

Une biopsie faite le 18 février 1934 et examinée par le Dr Joyeux fournit les renseignements histologiques suivants :

Epithélioma spino-cellulaire. Sous l'épiderme, on voit de nombreux tubes épithéliomateux accolés ou séparés les uns des autres. Ils sont composés de cellules à épines plus claires et plus acidophiles que leurs homologues de l'épiderme. Ces tubes sont centrés par des globes cornés. Le stroma est peu encombré. La stroma-réaction est absente. La vascularisation est riche.

Le malade est venu trop tard pour qu'une aide thérapeutique efficace lui soit apportée. Tout en lui renouvelant ses pansements plusieurs fois par jour, nous lui avons fait faire quelques séances de radiothérapie à raison de 500 R. par séance. Aucune amélioration sensible

n'est constatée. Pour endormir ses souffrances atroces et lui procurer quelques heures de sommeil, nous lui faisons de la morphine par voie sous-cutanée. Son état général décline rapidement. Il ne mange et ne dort presque plus à la fin de ses jours. Sa cachexie est extrême et son teint jaune paille. Le 22 mars 1934, il meurt dans la cachexie.

TABLEAU COMPARATIF DU NOMBRE TOTAL DES CANCERS OBSERVÉS AU CENTRE ANTI-CANCÉREUX DE HANOÏ, DEPUIS 1925 JUSQU'EN 1934, AVEC FRÉQUENCE DES CANCERS DE LA VERGE ET DE LEURS FORMES AIGÜES.

Année	Nombre total des cancers observés	Nombre des cancers de la verge	Fréquence des formes aiguës du cancers de la verge
1925	72	22	0
1926	88	32	0
1927	109	29	1
1928	148	35	0
1929	181	63	2
1930	190	53	2
1931	219	42	3
1932	226	68	3
1933	191	43	2
1934 (jusqu'en juillet)	38	5	1

Conclusion.

En nous appuyant sur les quelques observations que nous avons pu recueillir et d'après la courte étude que nous avons faite sur le cancer de la verge à évolution rapide, nous émettons quelques réflexions suivantes :

1° Les cancers de la verge à marche aiguë sont plus fréquents que les auteurs ne le pensent généralement.

2° Aucun facteur clinique parmi les antécédents ou les affections concomitantes ne paraît avoir une influence bien nette sur l'apparition des formes aiguës du cancer de la verge.

Si chez les jeunes sujets, sauf exceptions rares, le cancer de la verge revêt une marche aiguë, cette évolution se rencontre aussi chez le vieillard.

3° Les localisations au voisinage du sillon balano-préputial, du méat urinaire et du gland, dans les cas où il nous a été possible de déterminer le point de départ de la tumeur, nous ont paru celles dont l'évolution est la plus rapide.

4° L'aspect macroscopique de la lésion ne paraît donner aucune indication sur l'évolution rapide du cancer de la verge.

5° Aucun caractère du stroma ni des cellules ne nous permet de porter jusqu'ici un pronostic de malignité. Il nous a semblé cependant qu'une polynucléose intense se rencontre plus souvent dans les cas à évolution rapide.

6° Au point de vue thérapeutique, le traitement des cancers aigus de la verge est des plus décevants. Aussi, en présence d'un cancer de la verge chez les jeunes sujets, faut-il appliquer un traitement rapide et énergique, en combinant heureusement chirurgie et radium.

Vu : le Président de la thèse,
ROUSSY.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEJANDRO DAVALOS (J.). — Cancer de la verge. Son extirpation totale (*Revue Sud-Américaine de méd. et de chir.*, n° 12. t. 2, décembre 1931).
- ARRÈSE. — Contribution à l'étude du cancer du pénis (Thèse de Bordeaux, 1926. Travail du Centre du cancer de Bordeaux et du Sud ouest).
- ASMUS. — Résultat du traitement de l'épithélioma de la verge. Thèse de Paris, 1927, n° 231.
- ASTRALDI. — Algunas consideraciones sobre el cancer del pene (*Bol. del. Instit. Medic. experim.*, 1925, L, p. 433).
- BADESCU (A.). — Curiethérapie du cancer pénicu. *Journ. de chir.*, n° 6, déc. 1928, p. 740.
- BESSEMANS (A.) et Van CANNEYT (J.). — Néoforinations tumorales sur le fourreau du pénis chez le lapin dues au treponema caniculi. *Soc. belge de Biologie*, séance du 25 avril 1931.
- BOITEAU (A.). — Essai sur le traitement opératoire du cancer de la verge (Thèse de Paris, 1927, in-8°, n° 437).
- BUREAU et MATTÉI. — Epithelioma spino-cellulaire de la verge et du Mont de Vénus chez un homme de 52 ans. *Gazette médicale de Nantes*, août 1928, p. 367.
- BURSCKE, LEOVENSTEIN (U.). — Ueber carcinomahuliche accuminata der Penis. *Klin. Woch. Berlin.*, 1925, II, p. 17-26.
- BUSMAN et WOODBURNE. — Maladie de Paget du gland. *Archives of dermatol. and syphilis*, t. XXIV, n° 3.

- CALEF. — Tre casi di epithelioma del pene. *Rejista ospédaliera*, 1925, XXII, p. 467.
- CHAUVIN et LAHAYVILLE. — Un cas d'amputation de la verge par néoplasme. *Presse. méd.*, 1925, p. 1674.
- CHAVANNAZ. — Epithelioma de la verge. *Communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 10 janvier 1927; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 février 1927.
- CHAVANNAZ et MAGENDIE. — Epithelioma de la verge. *Communication à la Société anatomo-clinique*, 16 mai 1927; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 septembre 1927.
- CHEVALIER (G.). — Un cas de cancer à la verge. *Société de méd. et de chir. d'hyg. d'Alep* (Syrie), séance du 27 novembre 1930.
- CLIFFORD et MORSON. — Patient treated with radium for carcinoma of the penis. *Proceed of the Royal soc.*, n° 7, may 1929, p. 925.
- CLIFFORD et MORSON (F. R. S.). — Pathology and treatment of carcinoma of the penis (*Proceedings of the roy. Soc. of the med.*, march 1930).
- FERNANDO COVISA (S.). — Epithelioma del pene. *Rev. Espanola de cerugia y urologia*, n° 12, déc. 1928, p. 525.
- DÉAN. — Traitement du cancer de la verge par le radium et les rayons X. *Arch. J. of Roent. and rad. X*, janvier 1926.
- L'épithélioma du pénis, son traitement par le radium et les rayons X. *Arch. of Surg.*, avril 1929, p. 1276-1298.
- DEGRAIS (P.). — Curiothérapie du cancer de la verge. *Bull. Méd.*, 11 mars 1933, n° 10.
- ELIACHEFF (O.). — Epithélioma baso-cellulaire à tendance mixte érythémato-squameuse de la verge sur cicatrice de nature indéterminée, *Arch. dermato-syphilg. de la clinique Saint-Louis*, t. II, fasc. III, sept. 1930, p. 494.
- FERRARI. — Cancer de la verge, curiothérapie. *Soc. Méd. Alger*, avril 1925, *Anal. Presse méd.*, 1925, p. 794.

- FERRARI et VIALLET. — Le traitement du cancer de la verge : la curiethérapie. *Congrès de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, Constantine, avril 1927 ; *J. de radiologie et électrologie*, sept. 1927.
- Le traitement du cancer de la verge par curiethérapie. *Arch. d'Elect. Médic.*, n° 528, juin 1927.
- FERRY. — Les indications thérapeutiques actuelles du cancer de la verge. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chirurgie*, n° 16, 24 mai 1930.
- FERRY (G.). — Les indications thérapeutiques actuelles du cancer de la verge (à propos d'un cas guéri depuis 4 ans 1/2). *Rev. méd. de l'Est et Bull. de la Soc. de méd. de Nancy*, août 1930, p. 589.
- FÖEDERL. — Penis harzinom. *Zentralbl. f. chir.*, 1925, n° 32, p. 1792.
- FRUCHAUD. — Le cancer de la verge. Son traitement par le radium (*Suppl. de la Gaz. méd. de France*, n° 8, 15 avril 1931).
- GAGNON. — A propos d'un cancer du pénis traité par la chirurgie et la curiethérapie associés. *Union médicale du Canada*, n° 10, oct. 1928.
- GARCIA. — Contribution à l'étude du cancer du pénis. *Thèse de Bordeaux*, 1925-1926, in-8°, n° 168.
- GATÉ-MICHEL et BOYER. — Réticulo-sarcome du gland. *Soc. Franç. de dermatologie*, séance du 26 novembre 1931.
- GENDREAU. — Le traitement d'un cancer de la verge par la curiethérapie. *Union méd. du Canada*, déc. 1927, Montréal.
- GERNEZ, MALLET et COLLINÉ. — De l'urétrostomie pénienne dans le traitement curiethérapique du cancer de la verge (*Bull. et mém. soc. nat. de chir.*, séance du 28 mai 1930).
- GIACARDY et DURAND-DASTÈS. — Un cas d'épithélioma basocellulaire du gland traité par la diathermo-coagulation.

- Guérison maintenue un an après. *Ann. dermat. et syphil.*, X. 1929, p. 1256.
- ISNARDI. — Epithélioma mélanique de la verge. Emasculation totale, greffe de Ralstead-Davis, guérison opératoire. *Loire Méd.*, n° 5, mai 1928, p. 218.
- JEANNENEY. — Présentation d'un cas de cancer du pénis. *Soc. anat. clin. de Bordeaux*, 14 juin 1926.
- Sur un cas de cancer de la verge. *Soc. anatomo-clin. de Bordeaux*, 21 juin 1926.
- Cancer du pénis récidivé. Considérations thérapeutiques. *J. de Méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1927.
- JEANNENEY, NATHEY-CORNAT et WANGERMEZ. — A propos de deux nouveaux cas de cancer de la verge. *J. de Méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1927.
- JECK. — Le cancer à cellules basales du pénis. *Ann. of surgery*, vol. XCIV, n° 3, sept. 1931.
- KELLY et WARD. — The treatment of carcinoma of the penis with the endothermy. *Surg. gyn. and obst.*, 1926, XLII, p. 7124.
- LAFFITE. — Cancer de la verge. *Soc. de Méd. des Deux-Sèvres*, mars 1932.
- LAVAU. — Traitement chirurgical du cancer de la verge. *J. de chir.*, T. XLI, n° 3, mars 1933.
- LE FUR. — Traitement chirurgical du cancer de la verge (XXV^e congrès d'urologie, *Presse Méd.*, 1925, p. 187).
- LENORMANT. — Sur le cancer de la verge. *La Presse Médicale*, 5 mai 1934, n° 36.
- LE ROY DES BARRES. — Technique de l'extirpation des ganglions dans les cancers de la verge. *Paris chir.*, déc. 1930.
- Technique de l'extirpation des ganglions dans les cancers de la verge. *Paris chir.*, nov. 1930, p. 212.
- De l'envahissement ganglionnaire dans les cancers de la verge. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, t. CIX, n° 12, séance du 21 mars 1933.

- LE ROY DES BARRES et HEYMAN. — Le cancer de la verge au Tonkin. *J. de Radiol. et Electrol.*, février 1927.
- LE ROY DES BARRES, HEYMAN ET BABLET. — Radiumpuncture et appareils externes dans le cancer de la verge. *Journ. de Radiologie et Electrol.*, août 1928.
- MEILER. — Contribution à l'étude du sarcome du pénis. *Wiener Klin. Woch.*, n° 2, 8 janvier 1932.
- MEYER (Willy). — Cancer du pénis. *The Amer. Journ. of Surgery*, vol. XVI, n° 1, avril 1932.
- MURDOCK et LOICQ. — Epithélioma de la verge traité par curiethérapie. *Soc. belge de Chir.*, séance extraord. de juin 1928.
- NICOLAS, LEBEUF et ROUSSET. — Deux cas d'épithélioma de la verge. *Bull. dermat. et syphil.*, n° 7, 1930, p. 816.
- NICOLINI. — Cancer de la verge. *Boletín del instituto de clinica quirurgica*, n° 73, 1933.
- OPPERT. — Curiethérapie du cancer de la verge. *La consultation*, n° 33, avril-mai 1930, p. 105.
- PAOLI. — Cancer de la verge traité par radium. Résultat après 5 ans. *Soc. de chir. de Marseille*, séance 23 mars 1931.
- PAOLI (J.). — Cancer de la verge traité par curiethérapie. Résultats après 5 ans. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Marseille*, n° 4, avril 1931, p. 126.
- PETIT. — Emasculation totale pour un volumineux cancer de la verge. *Soc. de méd. des Deux-Sèvres*, avril 1933, in : *Actualités méd. chir.*, n° 5, mai 1933.
- POTEL et HOUPLIN (G.). — L'épithélioma primitif de la fosse naviculaire. *Echo méd. du Nord*, 6 août 1932, n° 32.
- RECHOU (G.) et WANGERMEZ. — Sur un cas de cancer de la verge traité par la curiethérapie. *Arch. d'élect. méd.*, n° 549, 1929, p. 318.
- Sur un cas de cancer de la verge traité par curiethérapie. *J. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 octobre 1929.

- RIGAUX (P). — Présentation d'un malade atteint d'un cancer de la verge amélioré par l'oscillateur à ondes multiples de Lakhovsky. *Bull. mens. de la Soc. méd. des Praticiens*, février 1933.
- RICAUD. — Contribution à l'étude du cancer de la verge. Thèse de Paris, 1927.
- SECKENREITER. — Epithélioma primitif du gland. *Réun. de Strasbourg*, nov. 1924 ; *Bull. Soc. fse. de Dermatol.*, 1925, p. 177.
- DE T. SHIVERS (CH. H.). — Epitheliomas of the penis. *The J. of the an. med. assoc.*, 6 août 1927, n° 6.
- STRAUCH. — Sur la guérison de la plaie opératoire dans l'intervention en un temps pour cancer du pénis avec curage ganglionnaire bilatéral. *Bruns. Beitrage zur Klinischen chir.*, t. CXLIV, n° 4, 1928, p. 81-86.
- WASTERLAIN. — La diathermo-coagulation sans instrumentation spéciale dans deux cas de cancer de la verge. *Soc. Belge d'urologie*, séance, 24 novembre 1929.
- WHITEFORD. — Epithelioma of penis. *Med. Press*. London, 1925, 119, p. 25.
- WILEWSKY (A. O.). — Carcinoma of penis. *J. of urology*. Baltimore, nov. 1926, p. 390.

